BRUNO COLONTONI

VIVA A SUA CURA

FONTANAR

Material com direitos autorais

Introdução

Quem salva uma vida, salva o mundo inteiro.
O Talmude

Há vinte anos, acordo todos os dias com um único objetivo em mente: estar bem comigo para poder atender e cuidar das pessoas, a fim de que elas também se sintam bem.

Encontrar uma profissão que se encaixe em sua vocação é um privilégio. Poder começar o dia com algo que seja um desafio, uma motivação e ao mesmo tempo fonte de prazer deveria ser um direito; mais do que a possibilidade de um emprego para pagar as contas, deveria ser uma atividade rica e enriquecedora, por meio da qual todo ser humano pudesse encontrar sua realização.

Felizmente, posso dizer que encontrei na medicina um motivo para a minha existência. Em 2001, aos dezessete anos, entrei para a Faculdade de Medicina de Marília, no interior de São Paulo, e, desde o primeiro dia de tutoria, busquei honrar com todo o meu empenho cada centavo suado que meus pais investiram em minha formação. Na minha formatura, durante o juramento de Hipócrates, me dei conta de que aquela experiência reforçaria ainda mais o compromisso que assumi de cuidar de vidas humanas.

Material com direitos autorais

Certo dia, logo no primeiro mês depois de formado, fui escalado para um plantão e me apresentei a um colega; perguntei qual era a especialidade dele. A resposta que ouvi foi: "Salvador de vidas". Não senti altivez de sua parte; o olhar e o tom de voz dele me fizeram perceber que era o médico emergencista daquele pronto-socorro. Jamais me esqueci daquelas palavras, pois foram um ensinamento que desde então guardo comigo. Elas me deram uma compreensão ampla do motivo pelo qual eu estava naquele pronto-socorro: salvar vidas.

Nos primeiros anos de minha carreira, trabalhei muitas horas em prontos-socorros e em unidades de terapia intensiva (UTI), cuidando tanto de casos simples quanto dos mais graves. No dia a dia desses espaços, deparei com casos que se tornaram histórias maravilhosas de cura, como o caso de um transplante cardíaco que salvou a vida de uma mulher no que poderia ter sido seu último segundo de vida. Mas também testemunhei situações de tristeza, como o grito de uma jovem recém-casada ao perder o marido com câncer. Segurei as mãos de dezenas de pacientes infartados enquanto em suas veias corria trombolítico, remédio comumente utilizado no tratamento de infarto agudo do miocárdio.

Nos corredores do Hospital de Clínicas da Universidade de Campinas, desenvolvi minhas habilidades profissionais sempre com a ideia fixa de que eu estava lá para salvar vidas.

Quando saí da residência e comecei minha prática profissional, uma epidemia dizimava a vida de meus pacientes. A esmagadora maioria das pessoas com as quais

Material com direitos autorais

estava entrando em contato se encontrava envolvida em ciclos viciosos que em poucas décadas resultariam em processos de doença gravíssimos. Conheci executivos estressados, que acordavam antes das cinco da manhã para trabalhar e seguiam em atividade até tarde da noite, cansados, estafados, hipertensos, obesos, muitos deles com gordura no fígado, tabagistas e presos a rotinas implacáveis. As causas são nossas conhecidas: necessidade de dinheiro, paixão pelo trabalho, fuga dos problemas conjugais. Para mim, porém, nada disso justifica uma vida fadada ao fim prematuro, entremeada por sofrimento, para si mesmo e para a família.

Vi pessoas ansiosas aprisionadas em rotinas cansativas, sedentárias, dormindo muito mal, o que faz um grande mal à saúde no médio e no longo prazo. Comecei a notar um padrão de comportamento comumente encontrado na Unidade Coronariana, especializada em pacientes cardiológicos. Logo me dei conta de que a rotina do cidadão comum, semana após semana, mês após mês, em alguns anos ou décadas, fazia parte do percurso que os levaria para lá. Naquele espaço, vi pessoas cuja vida fora conduzida da mesma forma que a dos pacientes anteriores, aos quais atendi preventivamente no consultório. Só que agora eu as estava vendo em camas de hospital, infartadas, com acidente vascular cerebral (AVC), aguardando cirurgias de ponte de safena, e que, por força das circunstâncias, estavam repensando a vida, revendo seus valores e alguns se arrependendo do péssimo estilo de vida que os fizera estar, naquele momento, em uma cama de hospital.

Material com direitos autorais

Ficou claro para mim que o segredo para evitar aquele fim dramático era quebrar a rotina, mudar tudo, cuidar da alimentação, fazer atividades físicas, melhorar a qualidade do sono, enfim, seguir uma série de recomendações preventivas que seguramente poderiam atuar em favor do paciente. Isso ficou claro para mim durante minha formação como cardiologista.

O INTERHEART, um estudo[1] amplo e multicêntrico que avaliou o histórico de pacientes infartados em unidades coronarianas, trouxe números impressionantes: o risco de infarto era aumentado em 281% em pessoas que sofriam estresse persistente; 281% em hipertensos; 259% em diabéticos; e 231% em tabagistas. Consumir diariamente frutas e verduras reduzia o risco em 47%, e a atividade física regular, em 43%. E mais: o estudo também auferiu que, se fôssemos capazes de resolver o problema da obesidade abdominal na população da América Latina,[2] a prevalência de infarto seria reduzida em 48,5% da população, ou seja, quase metade dos infartos ocorridos na América Latina poderia ser prevenida se a obesidade fosse controlada.

Temos, assim, o cenário. Como cardiologista, se eu quisesse realmente me tornar um "salvador de vidas", já sabia quais eram meus principais inimigos: sedentarismo, obesidade, hipertensão, diabetes e tabagismo. O próximo passo consistia em arregaçar as mangas e enfrentá-los.

Terminada minha residência médica, e com meu consultório próprio já montado, atendi um paciente peculiar: um médico apaixonado pela profissão, que não via problema algum em trabalhar de 100 a 120 horas

Material com direitos autorais

semanais, que dormia mal, pois fazia de dois a três plantões noturnos por semana — e isso havia anos —, e que, por conta do excesso de trabalho e da ansiedade, sempre comia muito mal. Pizzas, hambúrgueres, refrigerantes, café com açúcar, doces à vontade e sem nenhuma restrição.

Como todo jovem, considerava-se imortal e, embora visse outras pessoas padecerem, ele mesmo não cogitava essa possibilidade para si. Sedentário, uma vez que não gostava de academia, sempre que iniciava a prática de atividade física, a interrompia por motivos corriqueiros: qualquer compromisso tinha prioridade sobre a academia, e mesmo as dores próprias da musculação também se tornavam desculpas para suspender os treinos. A verdade é que ele não enxergava no sedentarismo um grande problema; curtas caminhadas na rua ou uma trilha aos fins de semana eram suficientes.

Nos últimos dez anos, esse paciente engordou mais de trinta quilos. Quando ainda estava na faculdade, a culpa era do período de provas; durante a residência médica, do excesso de trabalho; depois do término da residência, das oportunidades profissionais que estavam surgindo. Sempre havia uma justificativa. Quando ele foi me procurar, estava com dores no ombro decorrentes de uma lesão por esforço repetitivo (LER), além de alterações nos exames de sangue. Os triglicérides estavam nas alturas, acima de 600 mg/dL (quando deveriam estar abaixo de 150 mg/dL); o HDL, popularmente chamado de colesterol bom, estava abaixo de 30 mg/dL (quando deveria estar acima de 40 mg/dL); havia também o problema de

Material com direitos autorais

gordura no fígado, já com sinais laboratoriais de inflamação hepática, o que é muito grave, conhecida como esteato-hepatite não alcoólica ou simplesmente doença gordurosa do fígado.

Não se espante: esse paciente era eu. Eu mesmo, esse médico que agora escreve para tentar salvar a vida de outras pessoas.

Diante de todos esses problemas de saúde, eu, um médico que sentia em mim o chamado para salvar vidas, me vi tendo de salvar a minha própria. Eu precisava mudar, e mudei.

Por essas razões, quero conversar com você sobre questões de saúde das quais podemos ter ciência, mas que nem sempre nos convencem a realizar mudanças de atitude, a "tomar a nossa vida nas mãos" e fazer dela o nosso tesouro.

Nos últimos vinte anos, vi, estudei, vivi e batalhei nessa guerra diária em favor da vida. Depois de perceber que estava tão doente quanto meus pacientes, contei com a ajuda de profissionais que mudaram minha mente, meus valores, minha relação com o trabalho e com a comida, e, apoiado por minha esposa, consegui reverter o processo de doença. Essas mudanças influenciaram profundamente a minha prática profissional e hoje tenho propriedade e credibilidade junto aos meus pacientes (e também aos seguidores do meu canal do YouTube, "Meu coração saudável") quando me disponho a ajudá-los a mudar o estilo de vida e promover saúde de verdade.

Quero contar a você como a minha visão do processo saúde-doença se transformou quando eu me dispus a

Material com direitos autorais

mudar. Quero igualmente mostrar como pessoas que se consideram saudáveis podem estar doentes e como pessoas que se acham doentes se tornam saudáveis; com base nesses exemplos, pretendo oferecer passos práticos para você alcançar a saúde plena.

Desde o século XX, a revolução pela qual a medicina passou mudou completamente o significado da tríade doença, saúde e cura. Um século mais tarde, temos a oportunidade de compreender que as doenças que mataram nossos bisavós são diferentes daquelas que mataram nossos avós e que existe a possibilidade de que cheguemos ao fim da vida melhor que nossos pais, vivendo mais e com mais qualidade. Temos pela frente décadas de vida e quero ajudar você a vivê-las com qualidade e com muita saúde!

Material com direitos autorais

1. A cura na era do "remediar"

Curar algumas vezes, aliviar quase sempre,
consolar sempre.
Autor desconhecido

Que seu remédio seja seu alimento, e que seu
alimento seja seu remédio.
Hipócrates

Tive a ideia de escrever um livro sobre cura depois de uma discussão em um grupo de médicos sobre um tratamento na área de cardiologia promovido com mudanças intensivas no estilo de vida. Sugerida pelo dr. Dean Ornish, nos Estados Unidos, a proposta do tratamento é muito interessante, mas me incomodou a promessa de "reverter" doenças cardíacas. Nesses casos, no que se refere à doença cardíaca, fala-se de aterosclerose no coração, que são as conhecidas placas de gordura. As publicações desse profissional, tanto científicas como aquelas destinadas ao público leigo, vão na direção da "reversão" das doenças, o que sempre soou estranho aos meus ouvidos.

No século passado, o avanço da medicina levou a uma mudança importante nas enfermidades que acometem o ser humano. Antes, mortes eram provocadas por doenças

Material com direitos autorais

infectocontagiosas, por mais simples que fossem, pois eram agravadas e não havia recursos para o seu combate. Infecções respiratórias ou do trato gastrointestinal, hoje consideradas corriqueiras, eram motivo de muitas mortes. A descoberta da penicilina e de tantos outros antibióticos e vacinas, somada a anestesias seguras, cirurgias mais precisas e saneamento básico, reduziu radicalmente as taxas de mortalidade materno-infantil e também as causas de morte entre adultos, porque, com o aumento da expectativa de vida humana, as mortes passaram a ser provocadas pelas chamadas doenças crônico-degenerativas, ou seja, doenças que vão se acumulando ao longo da vida, gerando danos lentos e, na maioria das vezes, irreversíveis.

Foi também no século passado que se obtiveram avanços relevantes no campo das neurociências. A nova organização da sociedade e novos padrões de trabalho e de vida pessoal e social levaram as pessoas a desenvolver algo semelhante a uma "epidemia" de ansiedade e depressão, o que requeria uma verdadeira revolução nesse campo para que fosse possível compreender que transtorno de ansiedade e crises de pânico eram doenças que tinham uma base bioquímica que poderia ter alguns gatilhos.

Na alçada de outras doenças que não eram novas, mas pouco prevalentes e pouco diagnosticadas, estão os tipos de câncer que mais acometem indivíduos idosos e a exposição a outros agentes, tais como venenos, tabaco, álcool, obesidade, além de alimentos industrializados, cheios de conservantes. Esses agentes contribuíram para o desenvolvimento dos cânceres, os quais foram parar na

Material com direitos autorais

lista das maiores causas de mortalidade da população mundial. Por fim, também é preciso mencionar como novos desafios as demências, como é o caso da doença de Alzheimer. Essas doenças degenerativas, típicas da terceira idade, de evolução em geral arrastada, porém extremamente incapacitantes, podem impor grande sofrimento a toda a família.

Epidemiologia é o nome da disciplina que estuda a saúde da população como um todo e o termo perfil epidemiológico designa o conjunto de características de saúde da população. Assim, mudanças profundas foram desenvolvidas no perfil epidemiológico da sociedade ocidental na esteira da Revolução Industrial, somadas à urbanização da população, pela situação do saneamento básico, o avanço da medicina, aumento do sedentarismo e mudança no perfil alimentar da população, ou seja, as causas de morte mais comuns mudaram.

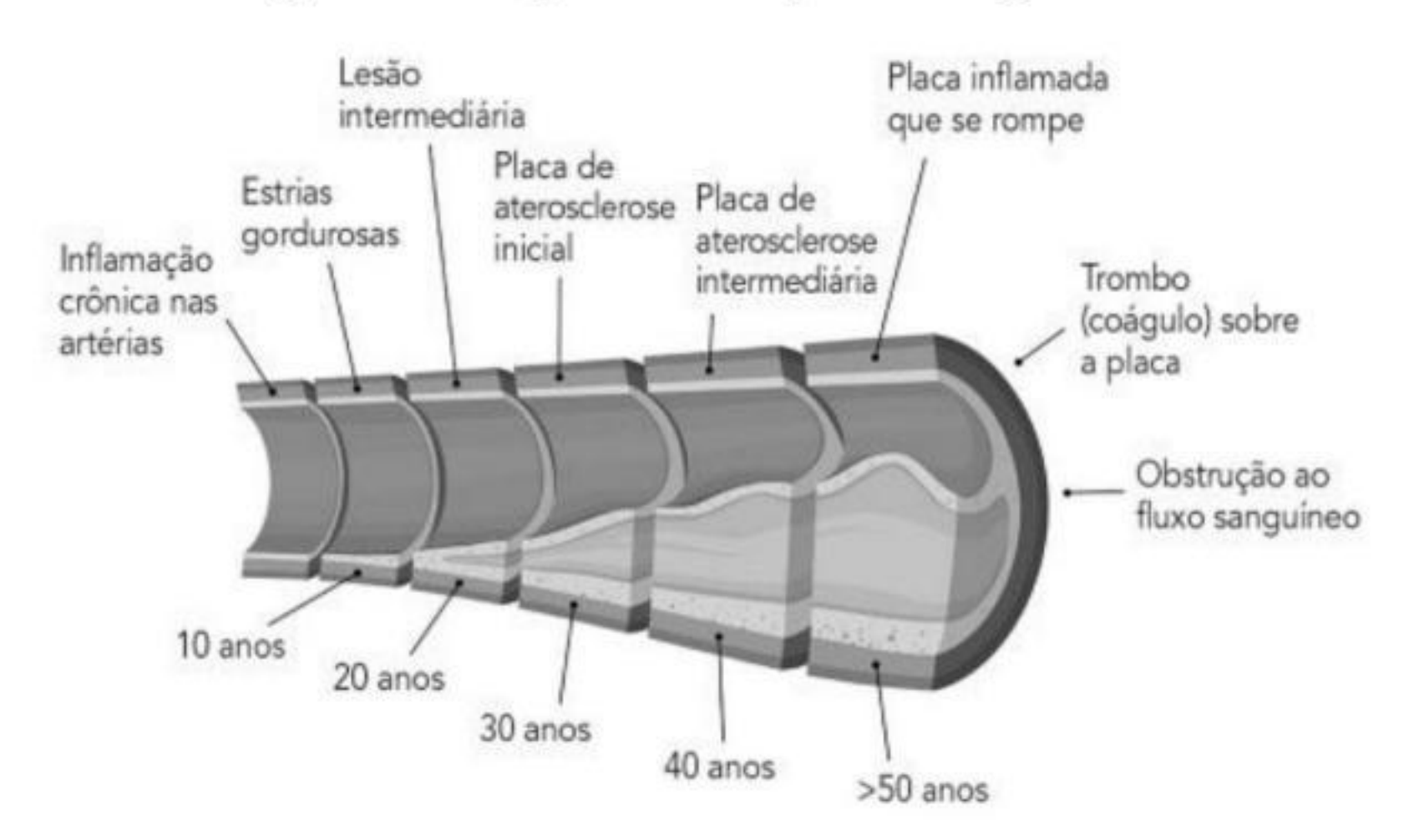
Tais mudanças foram tão profundas que impactaram de maneira definitiva os hábitos dos seres humanos no planeta; como resultado, somos mais sedentários e nos alimentamos muito mal ao longo de anos ou décadas. Em razão disso, "cultiva-se" a doença por meio do próprio comportamento. No boxe a seguir, é apresentado o mecanismo de surgimento da aterosclerose para exemplificar um problema alimentado por nossas ações. Portanto, faz todo sentido trabalhar profundamente o comportamento dos pacientes e considerá-lo como a base de um tratamento eficaz.

Material com direitos autorais

O QUE É ATEROSCLEROSE?

Aterosclerose é o nome técnico da doença popularmente conhecida como "placas de gordura", que dificulta e às vezes impossibilita o fluxo de sangue nos vasos sanguíneos. Veja como ocorre a formação da placa.

Figura 1. Progressão da placa de gordura



FORMAÇÃO DAS PLACAS DE ATEROSCLEROSE NO CORAÇÃO – O COLESTEROL NÃO É O ÚNICO VILÃO!

Esta pergunta é clássica: como se formam as placas de aterosclerose no coração? Mesmo médicos e profissionais da saúde têm dificuldade de entender não só os mecanismos de acordo com os quais isso ocorre, como também de que material elas são formadas. Pessoas leigas costumam imaginar que as placas são compostas da gordura fornecida predominantemente pela dieta, circulam pelo sangue e se acumulam nas artérias do

Material com direitos autorais

mesmo modo que a sujeira se acumula no encanamento de um prédio.

Mas o grande problema da aterosclerose é que ela é uma doença classicamente crônico-degenerativa — ou seja, ocorre ao longo de anos, às vezes décadas. Seus mecanismos são complexos e são muitos os fatores de risco envolvidos: genética, tabagismo, obesidade, alterações do colesterol, hipertensão arterial, diabetes, doenças inflamatórias sistêmicas, como doenças autoimunes em atividade, HIV, doença renal crônica, entre outras. As causas são muitas, e em cada paciente há um mecanismo ou motivo predominante.

O consenso é de que a aterosclerose se inicia com um fenômeno que provoca uma alteração na camada mais interna das artérias e, a partir daí, células inflamatórias e partículas de LDL (*Low Density Lipoprotein*, o chamado "colesterol ruim") migram para a parede do vaso. Formam-se "estrias gordurosas", não detectadas por exames externos, com o indivíduo ainda jovem. Com o passar do tempo, processos inflamatórios de baixo grau, estimulados por sedentarismo, tabagismo, alcoolismo e uma alimentação ruim, rica em alimentos industrializados, gorduras saturadas e carboidratos de má qualidade — como açúcar refinado e farinha branca —, aumentam a migração de tais partículas para a parede desses vasos. Aos poucos, a placa se forma com uma cápsula fibrosa, semelhante a um tecido cicatricial, mais externo, com um núcleo lipídico gorduroso interno. Quanto menor o tecido cicatricial e maior o núcleo gorduroso, maior o risco de a placa se romper e causar um infarto agudo do miocárdio

Material com direitos autorais

ou um AVC. Conforme o processo inflamatório da placa diminui, sua cápsula fibrosa aumenta e o risco de ruptura se reduz, limitando o risco de infarto naquela placa, porém, ao mesmo tempo, ampliando o risco de uma angina, por exemplo.

O que entendemos disso é que o problema não está apenas no colesterol; ocorre que as lipoproteínas (as partículas que carregam o colesterol) participam de um processo inflamatório que se manifesta por todo o corpo, em especial nas artérias dos diversos órgãos.

Então, quando se opta por fazer atividade física e adotar uma dieta saudável, a prevenção é muito mais profunda, pois o que se almeja é mais do que simplesmente mudar o resultado do exame de sangue no colesterol. Uma dieta pode ser anti-inflamatória e alterar a anatomia da placa de aterosclerose, diminuindo muito o risco de infarto e de AVC.

QUAL É O TRATAMENTO DA ATEROSCLEROSE NO CORAÇÃO?

Existem duas perspectivas no tratamento da aterosclerose. A primeira leva em conta o paciente que apresenta uma placa de aterosclerose no coração, independentemente do tamanho. E a segunda considera o tratamento em si, ou seja, toma como premissa a existência das placas e a possibilidade de serem grandes e poderem causar isquemia, que vem a ser a falta de suprimento de sangue para o músculo cardíaco, geralmente resultante da obstrução da artéria, provocada

Material com direitos autorais

por placa de aterosclerose ou coágulo. Nesse caso, o tratamento envolve abordagem com angioplastia, cirurgia ou programas de reabilitação.

Com relação à primeira perspectiva, é importante dizer que, uma vez que o paciente apresenta alguma placa de aterosclerose no corpo, seu perfil de risco cardiovascular torna-se mais alto, ou seja, quem já possui a aterosclerose estabelecida no corpo enfrenta maior risco de infarto ou AVC. Nesse caso, é preciso transformar uma placa instável, ou seja, uma placa muito inflamada, em uma placa estável, com uma cápsula mais espessa, a fim de diminuir o risco de ruptura. Via de regra, o mecanismo de ruptura de uma placa de aterosclerose com a formação de um coágulo é o caminho mais comum para infartos e AVCS.

MODOS DE AVALIAR O GRAU DE ENTUPIMENTO DAS CORONÁRIAS

Existem vários métodos que permitem avaliar se uma placa de aterosclerose é grande ou pequena, mas o cateterismo cardíaco é o que se utiliza comumente. Esse procedimento consiste em acessar as artérias do coração com um cateter, que é inserido em uma artéria na virilha ou no punho; por meio dele, o médico injeta contraste enquanto filma com uma máquina de raio X o trajeto percorrido por essa substância dentro da artéria.

Geralmente, com base no resultado do cateterismo, o paciente tende a receber três diferentes propostas de tratamento:

Material com direitos autorais

1. *Tratamento clínico conservador:* prescrição de remédios e acompanhamento. Isso normalmente é sugerido quando a doença é muito leve e não tem indicação de desobstrução do fluxo ou, no outro extremo, quando a doença é tão grave que já não há mais possibilidade de desobstrução do fluxo por meio de cirurgia ou de angioplastia.

2. *Angioplastia:* desobstrução com *stent*, uma pequena armação, geralmente metálica, implantada via cateterismo para restaurar o fluxo cardíaco. Os *stents* atuam como um apoio para as paredes do vaso, mantendo-o aberto e impedindo a obstrução.

3. *Cirurgia de revascularização miocárdica:* mais conhecida como "ponte de safena ou mamária", é uma cirurgia mais invasiva, realizada com o paciente ligado a aparelhos de circulação extracorpórea. Nessa proposta de tratamento, o médico usa veias e artérias do paciente (não necessariamente a veia safena) para, de fato, construir uma ponte entre a aorta e as coronárias do paciente após o entupimento. A primeira, nossa principal artéria, parte do coração, enquanto as segundas são responsáveis pela irrigação desse órgão. Como resultado, cria-se um novo caminho para a irrigação do músculo cardíaco ou miocárdio. É um procedimento reservado para casos específicos, como a abordagem de todas as artérias do coração ou o tronco da coronária esquerda.

PROCEDIMENTOS QUE NÃO REDUZEM O RISCO DE INFARTO

Material com direitos autorais

Como a aterosclerose é uma doença inflamatória, e as placas que se rompem são justamente as inflamadas, tanto a angioplastia como a cirurgia de revascularização não atacam o problema em sua base: um estilo de vida ruim que promove inflamação no corpo e favorece o crescimento de placas de aterosclerose em diversos pontos.

É por isso que um paciente que trata um entupimento de coronária com angioplastia sem mudar drasticamente de estilo de vida e sem tomar os medicamentos prescritos pode ser acometido de novo por um infarto.

Você compreendeu os mecanismos que levam à formação da placa de aterosclerose? Se sim, concordará que o dr. Ornish está completamente correto em propor profundas mudanças de estilo de vida para os pacientes com essa condição. Hoje é consenso que, mesmo no paciente que já tem placas de aterosclerose estabelecidas pelo corpo, é enorme o benefício proporcionado pela reversão do sedentarismo como decorrência da introdução da atividade física orientada por profissional da área, com treinamento adequado, acompanhado da mudança profunda da dieta e da interrupção do uso do cigarro, no caso de fumantes. Também é consenso que, com o tratamento e a mudança do estilo de vida, os pacientes podem diminuir a área de isquemia do miocárdio e, conforme os estudos do dr. Ornish, sair da fila de cirurgia de revascularização.

Reitero: isso não é cura. Afinal de contas, a lesão já está instalada e os estudos de grande impacto demonstram reduções no tamanho da placa não muito superiores a 5%

Material com direitos autorais

após anos de tratamento. Para mim, o que faz sentido nesse caso é lidar com o paciente como uma pessoa que tem aterosclerose.

Apesar dessa constatação extremamente técnica, vale chamar a atenção para a definição de saúde apresentada pela Organização Mundial da Saúde (OMS): trata-se do bem-estar biológico, psicológico e social, isto é, o bem-estar do indivíduo como um todo. Há quem inclua nessa lista o bem-estar espiritual, com o que eu concordo.

Essa definição de saúde é muito ampla e está alinhada com a mudança do perfil epidemiológico dos pacientes no século XX. Hoje, vivemos rotinas implacáveis, cruéis, que impõem grande desgaste em todas as áreas presentes na definição: biológica, pelos motivos já expostos; psicológica, pelas novas rotinas de trabalho, por relações humanas eventualmente tóxicas (as redes sociais estão aí, para dar um exemplo); social, com rotinas que acabam por gerar muitas perdas no dia a dia (tais como a perda de horas no trânsito, infelicidade, problemas financeiros e espirituais); isso, por sua vez, pode levar uma pessoa a valorizar exageradamente o consumo e a abandonar a perspectiva de relacionamentos mais frutíferos. Também pode estar envolvido nesse desgaste um aspecto religioso, segundo aquilo em que cada um acredita, com a falta de perspectiva de uma dimensão eterna do ser e da vida. Tudo isso compõe as mazelas que assolam a humanidade e a sequência de eventos que as acarretam se materializa em doenças, seja qual for o nome que se dê a elas.

Material com direitos autorais

Fica claro, então, que, para pensar em cura, não basta olhar para os aspectos biológicos envolvidos. É preciso olhar para além disso, ou seja, compreender a perspectiva de vida do paciente, seus valores, crenças, medos — enfim, temos de entender que a história da doença é mais que simplesmente a sequência pela qual os sintomas se estabeleceram e se manifestaram, é trazer à tona toda a história de vida que resultou na doença. Foi por isso que escolhi como título deste livro a expressão "viva a sua cura": porque, se até hoje você viveu a doença, dia após dia, cultivando um estilo de vida ruim e desfavorável, será dia após dia, escolha após escolha que você vai viver a sua cura!

Isso não deve ser visto em termos de fazer desaparecer a placa de aterosclerose das suas artérias ou fazer desaparecer um tumor; trata-se de viver muito mais e melhor do que antes. Tampouco tem a ver com a interrupção do uso das medicações, mas sim com o desejo de ser mais feliz, de ter um propósito na vida e, se isso for possível, reverter as lesões orgânicas.

Como olhar para um executivo obeso e estressado e não pensar na sua rotina e, também, na maneira como o alimento e sua dinâmica familiar podem ajudar em seu tratamento? É igualmente impossível desprezar a rotina de uma mãe com picos de pressão alta por ansiedade e depressão, por trabalhar demais em uma jornada contínua ou por se preocupar em excesso com os filhos, por exemplo. Ou a do trabalhador de classe média, submetido a uma carga de estresse maior do que a que consegue suportar; porém, sua situação financeira não

Material com direitos autorais

permite que ele abra mão do emprego que tem destruído sua vida em silêncio. Qualquer uma dessas pessoas pode desenvolver crises de arritmia, hipertensão e eventualmente uma angina. Certamente, tratamento e remédios terão de ser prescritos, mas volto a afirmar que a base da doença não é biológica, apenas. Cabe ao médico identificar as situações que estão agravando o problema, atuar como maestro de uma equipe multiprofissional e ajudar o paciente a viver a cada dia a própria cura.

Cada história que vou contar neste livro, inclusive a minha, são provas de situações de cura por aumento da quantidade e da qualidade de **vida** no dia a dia dessas pessoas. Várias continuam com suas medicações, não poderia ser diferente, no entanto, são muito mais felizes porque passaram por um processo de cura de um modo até hoje pouco explorado.

Siga comigo no próximo capítulo e você entenderá que esse processo de cura tem início antes de a doença aparecer.

Material com direitos autorais

2. A Medicina de Estilo de Vida: Quando a cura começa antes da doença

Eu ainda estava fazendo a residência de cardiologia, quando, numa tarde, me sentei na enfermaria da Unicamp para observar o perfil dos pacientes. Pode parecer estranho, mas, em um hospital ou em uma enfermaria, a ocorrência das doenças vem em ondas. Há fases em que temos valvopatas, aqueles pacientes com doenças nas válvulas do coração, e outras em que predominam os casos de insuficiência cardíaca; naqueles dias, estávamos na fase dos infartados.

Por alguns instantes parei para observar quem eram eles, quais eram os discursos, olhares, medos que apresentavam. Percebi que havia um padrão. De um modo ou de outro, os pacientes, em sua maioria, eram homens de meia-idade, com obesidade abdominal relevante — isso é um eufemismo para "barrigudos". Cerca de metade deles fumava e praticamente todos eram "boa-praça", sorridentes e brincalhões, razão pela qual era comum ver uma rodinha de pacientes jogando dominó nas tardes e noites passadas no hospital.

Outro ponto em que reparei foi que, quando esses pacientes voltavam para as consultas de ambulatório,

Material com direitos autorais

imediatamente após o infarto, viviam com medo por algum período e tentavam "entrar na linha". Porém, cerca de um ano após a internação, o medo deixava de existir, e eles voltavam para a alimentação ruim, sem nenhuma ou pouca atividade física. Aproximadamente 20% dos que fumavam tentaram diminuir o consumo de cigarro, mas a maioria manteve o vício.

O QUE É UM INFARTO?

Todo mundo já ouviu falar de infarto, ou ataque cardíaco, mas você sabe com exatidão o que é isso?

Chamamos de infarto a necrose, ou seja, a morte, de uma parte do miocárdio causada pela falta de irrigação sanguínea. Muitos fatores, em geral acumulados ao longo de anos, levam ao infarto, mas sua ocorrência normalmente está relacionada às placas de gordura que se depositam nas artérias — ou seja, a aterosclerose.

A falta de irrigação do músculo pode acontecer por dois mecanismos distintos: pela obstrução do fluxo de sangue em virtude do tamanho da placa de gordura e pela obstrução do fluxo de sangue causada por ruptura da placa. No primeiro caso, a placa fica grande o suficiente para impedir o fluxo de sangue e ocorre uma isquemia. Em cada órgão ela se manifesta de uma maneira diferente: no coração, a mais comum é a angina, que é a dor no peito, típica, em aperto, que pode se espalhar para o pescoço e para o braço esquerdo. Nas

Material com direitos autorais

image not available

forma mais comum em jovens. Já o tipo 2, verificado em obesos e idosos, tem como principal mecanismo a resistência à insulina.

O telefone tocou no consultório em uma segunda-feira, às sete da manhã. Era ele. Ligou de dentro do hospital solicitando a minha presença; estava internado na Unidade Coronariana depois de ter sentido uma dor no peito. O colega de plantão prescreveu um cateterismo cardíaco. Uma pergunta não saía da minha mente: "Por onde esse paciente andou?". Era o segundo IAM, mais uma vez grande.

Durante a conversa com ele, não o julguei; concordei com o cateterismo e foi necessária mais uma angioplastia, a segunda em oito meses. Foi dada alta no dia seguinte. O paciente tinha diabetes mal controlado e provavelmente não fazia dieta, uma vez que havia ganhado peso. Saindo do hospital, passou por uma consulta na minha clínica. Solicitei exames para reiniciarmos o tratamento de prevenção secundária e tentar evitar um terceiro infarto. Reforcei a importância de realizar mudanças no seu estilo de vida. De novo, ele sumiu — até que, cerca de seis meses mais tarde, o telefone toca: mais uma internação, agora na UTI, por conta de mais um infarto. O terceiro em pouco mais de um ano. Só que dessa vez o susto foi suficiente para que ele aceitasse a necessidade de fazer uma mudança profunda no estilo de vida. Os efeitos positivos vieram rápido e hoje ele está feliz e grato por ter alcançado um resultado tão positivo em tão pouco tempo.

Material com direitos autorais

image not available

essas doenças têm algo em comum: elas são causadas pelo estilo de vida das pessoas.

CAUSAS DE MORTE PRECOCE E INCAPACIDADE EM PAÍSES DE BAIXO E ALTO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO (2017)

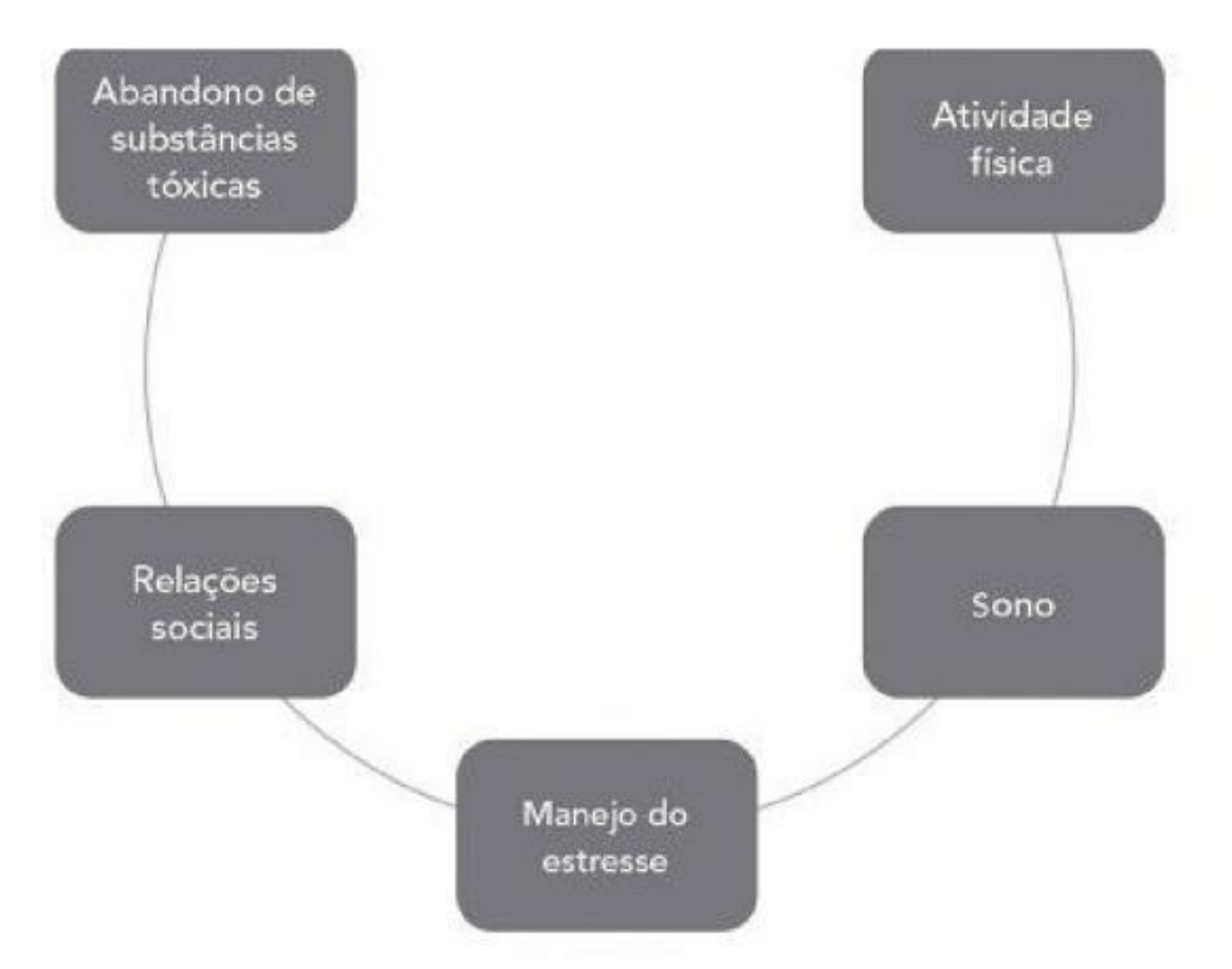
Países com baixo índice de desenvolvimento	Países com alto índice de desenvolvimento
1. Doenças neonatais	1. Doenças isquêmicas do coração
2. Pneumonia	2. Dor lombar
3. Diarreia	3. AVC
4. Malária	4. Câncer de pulmão
5. Doenças congênitas	5. DPOC
6. Doença isquêmica do coração	6. Diabetes
7. Tuberculose	7. Doença de Alzheimer
8. HIV/AidS	8. Cefaleias (dores de cabeça)
9. DPOC	9. Quedas
10. AVC	10. Abuso de drogas

FONTE: Global Burden of Disease 2017. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2017>. Acesso em: 29 nov. 2020.

Os pacientes da enfermaria de cardiologia voltam a se internar na grande maioria dos casos por uma causa simples: não conseguem deixar de lado o estilo de vida

Material com direitos autorais

image not available



CONTROLANDO A PRESSÃO ALTA SEM REMÉDIOS

Toda vez que prescrevo um medicamento anti-hipertensivo, o paciente tende a perguntar: "Esse remédio é para sempre, doutor?".

Ao longo de minha formação, fui doutrinado a responder que "sim". Mas, durante a residência médica, ao estudar as diretrizes brasileiras de hipertensão, um quadro chamou minha atenção, indicativo das medidas denominadas "não farmacológicas" para o controle da hipertensão, a saber: controle do consumo de sal, perda de peso, atividade física regular, interrupção do uso do cigarro, moderação no consumo de álcool, controle do

Material com direitos autorais

image not available

quantidade crescente de comprimidos sem nenhuma perspectiva de melhora. Essa percepção e a indignação dela decorrente podem acontecer no momento de pagar pelos remédios na farmácia, pode ser em uma manhã com a xícara de café em uma mão e os comprimidos na outra... Enfim, cada um tem seu tempo de despertar, seu tempo para viver essa indignação boa. Também existe a possibilidade de a maior parte dessas pessoas nunca sentir essa indignação, não ter o insight que as fará decidir mudar e, por isso, seguirão escravas dos remédios.

O segundo passo é buscar orientação com um profissional experiente. Eu seria injusto com os leitores e com colegas médicos se dissesse que essa capacidade de orientar os pacientes é exclusividade minha. Jamais poderia afirmar isso.

De todo modo, é em momentos assim que percebemos, infelizmente, que a formação médica ainda é muito limitada no Brasil. A sociedade desejaria ingerir cada vez menos remédios caso fosse informada de que há opções. E, cada vez mais, a comunidade médica geral se afasta da sociedade quando se apega à prescrição de medicamentos como principal abordagem.

PASSOS PRÁTICOS PARA TRATAR A PRESSÃO ALTA SEM REMÉDIOS

- Introduza o hábito de atividades físicas rotineiras: no mínimo, 150 minutos de exercícios moderados por semana.

Material com direitos autorais

image not available

recomenda-se que todo médico ecocardiografista faça exercícios para prevenir dores crônicas e sempre se orienta ter cautela quanto ao volume de trabalho, justamente pelo fato de esse problema limitar a atividade profissional. Porém, no meu caso a jovialidade e o vigor da idade toleravam, ao menos temporariamente, a intensidade da rotina que eu mantinha, com a realização de muitos exames todos os dias. Porém, não demorou para o corpo cobrar seu preço. As consequências foram fortes dores no ombro esquerdo, comuns aos especialistas da área que ultrapassam os limites.

Meus professores haviam deixado clara a necessidade de todo ecocardiografista fazer musculação regularmente a fim de prevenir as dores no ombro. A posição exigida para a execução do exame é antiergonômica; contudo, pelos motivos de sempre, aqueles que todos usamos como desculpas, a prática da musculação durava somente o tempo necessário para a dor passar. Poucas semanas depois, a assiduidade na sala de musculação diminuía até a completa desistência. Esta também durava até a próxima crise de dor, quando então eu voltava a frequentar a academia.

Houve um mês de fevereiro em que as coisas se desenrolaram de um jeito diferente. As dores vieram muito fortes em dezembro do ano anterior. Havia muito tempo que eu estava sem ir a uma academia; estava protelando demais. O pequeno alívio proporcionado pelo recesso de festas de fim de ano e pelo Carnaval não foram suficientes e eu precisava de anti-inflamatórios diariamente para aliviar a dor e conseguir trabalhar. As

Material com direitos autorais

image not available

Todo esse quadro tem profunda relação com um estilo de vida ruim, com o consumo de alimentos de má qualidade, sedentarismo e grande quantidade de estresse. São muitos os relatos na literatura médica mundial sobre a capacidade de uma mudança profunda de estilo de vida ser capaz de reverter completamente o quadro clínico da síndrome metabólica, prevenindo as doenças crônico-degenerativas que tanto dano causam à população.

A verdade estava diante de mim, caro leitor: dos 72 kg de peso que eu tinha quando entrei na faculdade, em 2001, estava com 105 kg, em fevereiro de 2014. A reboque, problemas ortopédicos, resistência insulínica e esteatose hepática acentuada, e eu só tinha 31 anos! Minhas emoções misturavam-se com a vergonha diante dos meus pacientes, dos meus pais e dos demais familiares, da esposa, do filho (na ocasião, meu segundo filho não tinha nascido). Senti medo e indignação. Se a dor crônica no ombro já era um bom argumento para a retomada da atividade física, com aqueles níveis de anormalidades nos exames de sangue, eu tinha motivos suficientes para começar a me mexer.

Mas como eu, que sempre amei cuidar das pessoas, cheguei àquele nível? Logo eu, que me preocupava em salvar vidas, precisava salvar minha própria vida! Os conflitos não paravam aí: como me descuidei a ponto de permitir tais problemas com minha saúde? Como se comporta ao longo do tempo uma pessoa que não se

Material com direitos autorais

image not available

mais técnicas, teorias, mecanismos farmacológicos, anatomia, fisiologia, pilhas e mais pilhas de papéis, páginas e páginas de rascunhos e pouco, muito pouco movimento com o corpo.

É muito importante a lembrança que tenho dos plantões. Ah, os plantões têm um espaço especial no coração de todo médico. Que momento duro para um jovem! Aprender a viver a privação de sono e o excesso de cansaço físico em prol de outra vida humana. De fato é importante, mas dói. E, para alguém desacostumado com a sobrecarga e que aprendeu a buscar a compensação para o cansaço e as frustrações na comida, os pedaços de uma pizza com os companheiros de plantão eram sempre uma ótima opção. Além da pizza, havia todos os outros tipos de fast food: lanches, bolos, refrigerantes. A receita para aliviar o cansaço era muita comida! E o resultado: mais peso.

Essa jornada me levou a mais de cem quilos em 2011, muitas alterações nos exames de sangue e uma LER.

Em 2014, eu era um cardiologista formado e titulado, ecocardiografista, bem posicionado, sócio da minha clínica, com uma prática profissional intensa. Mas, em decorrência do esforço aplicado nos exames de ecocardiografia, convivia com uma dor que me perseguia desde 3 de novembro de 2011 (sim, me lembro bem de quando a senti pela primeira vez).

Entretanto, naquele ano de 2014, as coisas foram diferentes, porque, ao comunicar a minha esposa que me matricularia na academia mais uma vez, ela sugeriu que eu fizesse a atividade física com um *personal trainer*

Material com direitos autorais

image not available

bariátrica, mas o que ocorreu, na verdade, foi uma intervenção cirurgicamente precisa no meu *mindset*.

Meu desafio para 2015 foi continuar magro.

Uma vez que atingi o peso-alvo, seria necessário reintroduzir alimentos que haviam sido cortados completamente da minha dieta. Isto estava claro para mim: eu precisava reintroduzir alguns alimentos em razão de preferências alimentares e sociais. Precisaria, por exemplo, reintroduzir o pão francês, presente nos cafés da manhã em família. Porém, isso requeria a lucidez de fazê-lo de maneira diferenciada, com quantidade menor e programada.

O processo de pensar no que vamos comer é muito importante. Experimentei isso durante meses, prestando muita atenção e tendo muito cuidado, uma vez que temia pôr tudo a perder de uma hora para outra. Mas eu tinha uma grande aliada: a corrida. Bastava juízo alimentar, e minha nova paixão tinha o grande poder de construir um balanço calórico suficiente para manter o equilíbrio do meu peso e me ajudar com eventuais excessos. Uma hora de corrida significava dez quilômetros, que significavam mil quilocalorias! Esse era o meu novo *mindset*, a nova configuração da minha maneira de pensar.

Outro grande aliado nesse processo foi o acréscimo sistemático de saladas às minhas refeições e a disponibilidade para novas experiências gastronômicas, de modo que foi possível superar eventuais barreiras sensoriais que eu trazia da infância e da adolescência. Ao olhar a estratégia de manutenção de peso como ação importante, as decisões do cardápio na dieta e a

Material com direitos autorais

image not available

uma dieta anti-inflamatória, que é fundamental para obesos e para pessoas com alterações na dosagem de triglicérides e com gordura no fígado.

Sem uma alimentação adequada, não é possível uma saúde plena.

ATIVIDADE FÍSICA

Todo mundo deseja ter uma vida fisicamente ativa. Mas sempre há uma dificuldade. Como eu deixei de ser sedentário para virar maratonista? Essa pergunta poderia ser o título de um livro inteiro sobre esse assunto, no entanto, para resumir, eu diria: enquanto era sedentário, eu jamais pensei em me tornar um maratonista. A minha preocupação era fazer uma atividade física leve o suficiente para eu conseguir conciliá-la com minhas atividades diárias e intensa o suficiente para obter algum resultado.

Sabendo que o mais importante é conseguir manter a prática da atividade física ao longo de uma vida, eu simplesmente me recusei a limitar minha busca a resultados imediatos. Lembre-se: a jornada é tão ou mais importante que o destino. Por isso, é fundamental encontrar prazer na jornada. Por isso, para manter a atividade física como uma prática regular, você precisa pensar na sua rotina e nas suas preferências pessoais. Por gostar muito de corrida, tenho a tendência a falar bastante dessa modalidade, mas vale o recado: só consegue mudar quem encontra uma paixão. As pessoas não mudam por medo, mudam por paixão.

SONO

Material com direitos autorais

image not available

relação entre hipertensão e AVC data de 1970. O diabetes só entrou na lista dos fatores de risco em 1974; em 1977 começou a discussão acerca dos triglicérides e das lipoproteínas LDL e HDL; e o estabelecimento da relação entre HDL baixo e infarto data de 1988.

COLESTEROL E TRIGLICÉRIDES: QUAL A DIFERENÇA?

Com frequência, as pessoas confundem colesterol com gorduras (lipídios). Colesterol é um tipo de gordura, mas, quando pronunciamos essa palavra no contexto médico, nos referimos a lipoproteínas, partículas complexas que carregam o colesterol pelo corpo. Essas moléculas de colesterol são fundamentais para o funcionamento do organismo: entre tantas outras funções, ajudam na construção de parede celular, na produção de hormônios, no funcionamento do sistema nervoso central.

Há diferentes tipos de lipoproteínas e é fundamental compreendê-las.

TIPOS E FUNÇÃO DE LIPOPROTEÍNAS

Tipos de lipídios	Função
Lipoproteína de Baixa Densidade (*Low Density*	Carregar as moléculas de colesterol para as diversas partes do corpo. Pode sofrer oxidação e entrar nas artérias. É um importante componente na formação de placas de aterosclerose. É comum estar aumentada tanto em casos de alterações genéticas como em situações de dietas

Material com direitos autorais

image not available

Carboidratos Gordura saturada Gorduras monoinsaturadas Colesterol Ômega-6	Canela Cravo Chás Café Vinho Fibras Ômega-3 Magnésio Vitaminas A, C, D, E Betacaroteno

Basicamente, o que esses estudos nos ensinam é que nossos ancestrais estavam corretos. Quase todos os tipos de temperos e especiarias são anti-inflamatórios e, se fizermos uma análise integral da dieta, e não apenas de um único alimento, é possível verificar que eles têm poder de reduzir o índice inflamatório de uma dieta e, assim, proteger o organismo.

Outra informação importante nessa análise é que uma dieta baseada em fontes de origem vegetal tem grande poder anti-inflamatório. Apesar de o índice inflamatório não diferenciar os tipos de proteína, aprendemos em estudos anteriores que há aumento de mortalidade entre indivíduos que consomem predominantemente proteínas de origem animal. E esses resultados são ainda piores se essa proteína animal for de carne processada, como os embutidos, por exemplo.

Isso não é um apelo para converter o leitor ao vegetarianismo, mesmo porque eu não sou vegetariano, mas serve para chamar sua atenção para o fato de que consumimos bem mais carne do que precisamos. Reduzir o consumo de carne e prestar atenção nos outros

Material com direitos autorais

image not available

aqui mais uma evidência categórica do impacto da obesidade e do sobrepeso no surgimento do diabetes.

Ao longo dos últimos dez anos, diversos estudos de menor projeção começaram a preparar terreno para discutir o impacto positivo na mudança de estilo de vida para a "cura" do diabetes. Até que, em 2017, um grupo inglês publicou um estudo que foi muito elogiado pela comunidade científica em função da metodologia empregada. Trata-se do estudo *DiRECT*,[5] no qual os pacientes foram divididos em grupos para receber orientações sobre mudanças no estilo de vida e incentivados a entrar em um programa intenso de emagrecimento com uma dieta bastante restritiva, para a eliminação rápida de 15% do peso corporal. Os resultados foram espetaculares.

No grupo que atingiu esse objetivo, a taxa de sucesso na reversão do diabetes ao final de um ano foi de 86%! Ou seja, a maioria das pessoas que conseguiu seguir a dieta rígida, fazer exercícios e emagrecer 15% de seu peso inicial ficou um ano sem precisar de remédios. Na minha avaliação pessoal, esse foi um dos maiores resultados encontrados pela ciência no século XXI. E resultados mais animadores foram verificados ao final de dois anos: o grupo que conseguiu manter a perda de peso em dez quilos em relação ao peso anterior manteve uma taxa de sucesso de 64%, o que é igualmente excepcional.

Com frequência eu percebo que os pacientes se sentem temerosos com a possibilidade de não se saírem tão bem com relação aos resultados desses estudos. Todo paciente com sobrepeso já tentou, mesmo que de maneira

Material com direitos autorais

image not available

MUDANÇA PROFUNDA NO PADRÃO DE ALIMENTAÇÃO

1. Elimine a farinha branca e o açúcar refinado de sua dieta durante uns bons meses — se possível pela vida toda!
2. Busque um padrão alimentar com o máximo de fibras e alimentos integrais. Abuse dos vegetais.
3. Evite carnes gordurosas.
4. Lembre-se: carboidratos e gorduras são os alimentos mais inflamatórios que existem, portanto, associe-os a fibras e temperos.
5. É importante reduzir o número total de calorias da sua dieta. É preciso trabalhar com déficit calórico.

ATIVIDADE FÍSICA

1. Não existe resultado duradouro de dieta sem atividade física associada.
2. Aumente o número de passos por dia para 10 mil (no capítulo 10 há mais detalhes sobre esse programa).
3. Associe os 10 mil passos a um trabalho consistente de musculação e exercícios de força.
4. Faça atividade física regular de forma intensa. O ideal são trezentos minutos por semana nos primeiros três meses.

PERDA DE PESO

1. Entenda que a soma da mudança no padrão alimentar e da prática de atividade física é fundamental para o êxito desse processo.
2. De acordo com a literatura especializada, a meta é uma perda de 15% do peso corporal total para uma melhora

Material com direitos autorais

image not available

diálogo potencialmente constrangedor. A verdade é que toda barriga tem uma história e, se o médico quer ser eficaz na abordagem do paciente, é necessário conhecer e entender qual é a história por trás daquela que esconde o paciente. Por isso, o tratamento deve ser iniciado por meio de um relacionamento terapêutico, em que o médico deve ser mais do que o profissional que atende a uma consulta. Ele precisa ser um ouvinte, um confidente, um amigo e uma inspiração.

Na figura do médico, o paciente homem precisa encontrar aceitação. Um bom amigo aponta os erros com empatia e delicadeza. Um bom médico entende o grau de motivação do paciente para aceitar a necessidade de mudar e o ajuda, instigando-o, até que ele possa alcançar maturidade suficiente para efetuar as mudanças necessárias.

Brene Brown, palestrante e pesquisadora da Universidade de Houston, autora de vários livros e de um dos TED Talks mais vistos no mundo, trata desse assunto com frequência: o maior medo das mulheres é evidenciar suas vulnerabilidades quanto à imagem do corpo, e, no caso dos homens, o maior medo é o de evidenciar fraqueza. Portanto, o segredo para o médico ter sucesso na promoção da mudança na vida do paciente é mostrar que a consulta, o tratamento prescrito, enfim, qualquer abordagem de saúde, não faz dele uma pessoa fraca, muito pelo contrário.

Também é fácil compreender que nem todas as pessoas estão prontas para mudar. Romper com hábitos é sempre uma tarefa muito difícil. A história de Adail, que você lerá

Material com direitos autorais

image not available

se investir da função de terapeuta ou de *coach* para conseguir conduzir o ente querido em um processo mental positivo de evolução da maturidade para mudar. Não é por meio de insistência ou de brigas que se alcança a evolução, mas sim com uma liderança positiva, ou seja, durante conversas em momentos tranquilos o parceiro ou o familiar precisa mostrar, com delicadeza, as vantagens de uma vida livre de hábitos negativos, com estímulos do tipo: "Você já imaginou se conseguíssemos fazer aquela trilha maravilhosa?"; "Você já pensou em vestir novamente aquela roupa de que tanto gosta?"; "Como seria a reação de seus colegas de trabalho quando perceberem que você não fuma mais?".

Há algumas pessoas que respondem ao medo, em especial quando enfrentam alguma complicação, como um infarto ou a morte súbita de um amigo próximo, por exemplo. Porém, esse medo tende a ser um impulso breve para as mudanças, daí a necessidade de, em pouco tempo, ter de apresentar ao paciente reforços positivos, envolvendo o prazer proporcionado pelas ações envolvidas na mudança, porque, é bom reforçar, a paixão move mais do que o medo.

Eu acredito muito nisso. É encontrando prazer que sentimos ânimo para continuar, porque mudar dói, demanda sofrimento, uma vez que o processo de mudança consiste na troca de um prazer momentâneo em nome de um benefício distante. Em outras palavras, é árduo! Quem quer abrir mão da alegria, de uma satisfação? Você conhece algum tabagista que não sinta prazer em fumar? Então, durante o processo de tentar

Material com direitos autorais

image not available

Após sua "conversão", correr virou parte de sua vida. Em 1998, às vésperas de completar cinquenta anos, em uma conversa sem maiores pretensões, Adail contou na empresa o seu sonho de correr a Maratona de Nova York, a rainha das maratonas. Os resultados de Adail eram tão bons, tão encorajadores, tão transformadores para os outros funcionários, que a empresa acabou por patrocinar sua ida a Nova York. No ano seguinte, ele teve o prazer de correr a mesma maratona ao lado do seu filho. Só quem é pai — e maratonista — sabe o que isso significa.

Os resultados que ele obteve na empresa só melhoravam, pois ganhou mais adeptos. Um ônibus passou a ser pouco para transportar todos os atletas de sua equipe. O entusiasmo de Adail uniu familiares e funcionários, e famílias foram transformadas pelo empenho pessoal de um homem entusiasmado.

Sua terceira glória viria em 2008, aos 59 anos. Às vésperas da aposentadoria, após trabalhar mais de trinta anos na mesma empresa, ele ganhou mais um patrocínio, então para correr a Maratona de Paris e comemorar seu aniversário de sessenta anos.

Ao olhar para trás, o que vemos é que uma conversa despretensiosa com o cardiologista, um exame de colesterol alterado e a recusa de tomar remédios para tratar de um problema que viria a melhorar com bons hábitos foram suficientes para mudar a história de centenas de pessoas.

Correndo, Adail comemorou cinquenta anos na Maratona de Nova York, sessenta na de Paris e, aos 68 anos, estava se preparando para correr a de Berlim, uma

Material com direitos autorais

image not available

Taquaral, em Campinas, São Paulo, durante uma corrida de rua.

O exemplo de Adail me fez lembrar do dr. Drauzio Varella, de quem sou admirador. Ele começou a correr aos cinquenta anos de idade para provar que estava bem, que não estava entrando em uma fase decadente de sua vida. Comparo-o a Abilio Diniz, que, enquanto enfrentava a maior crise do grupo Pão de Açúcar, do qual era presidente, viu na corrida a oportunidade de um novo aprendizado. Seu filho terminara a Maratona de Nova York e Diniz teve a percepção de que tinha diante dele a metáfora do que a empresa precisava para sobreviver. Eles montaram a equipe Pão de Açúcar, que teve um significado indelével para o atletismo nacional, ao levar o mais pobre dos funcionários a correr ao lado dos proprietários da empresa.

Aos 45 anos de idade, seguindo a orientação de um cardiologista, Adail começou a curar-se do AVC que sofreria aos 68 anos. Muito provavelmente aquele profissional jamais imaginou que mudaria a vida de centenas de pessoas dentro da empresa em que Adail trabalhou por mais de trinta anos. Aquela orientação simples e rápida foi uma semente que caiu em solo fértil. É por isso que eu sempre digo aos meus pacientes: o mais importante é a conversa no consultório. É o diálogo, é o olhar no olho, o abraço, a negociação para implementar mudanças na rotina capazes de transformar a vida de uma pessoa para sempre. Não há dúvida de que o AVC seria muito mais grave se Adail não fosse um praticante regular de atividades físicas.

Material com direitos autorais

image not available

satisfatória. Se há acesso a dispositivos como relógios e pedômetros, a velocidade de cem passos por minuto pode ser considerada uma ótima cadência para sua caminhada.

Mas isso ainda é pouco aplicável. Avaliar a atividade física e o estilo de vida tem de ser um procedimento simples e mensurável, algo que possamos comparar com o que apresentam os estudos científicos. Por isso, avaliar o número de passos por dia é a melhor opção porque permite avaliar ao menos a quantidade de movimento executado no dia.

Vários pacientes pensam que se movimentam muito no trabalho, porém, quando adicionamos à sua rotina uma avaliação com um pedômetro, o que se verifica são níveis insatisfatórios quanto ao número de passos ao longo do dia. É mais percepção do cansaço, decorrente do estresse e das tensões do dia, do que propriamente movimento.

Antes de falarmos de números, vamos conversar sobre a forma como se avalia o nível de sedentarismo antes de planejar o desafio. Existem duas maneiras comuns de avaliar o número de passos diários. A primeira, e a mais barata, é baixar um aplicativo de pedômetro no celular. Existem inúmeros aplicativos que podem ser selecionados de acordo com o gosto do paciente. Basta digitar no celular a palavra "pedômetro" e escolher a interface que mais agrada. Porém, ele apresenta uma limitação: só é possível contar os passos quando se está com o celular junto ao corpo. Para mulheres que usam celular na bolsa, pode ser um problema.

A segunda maneira mais prática consiste em adquirir um relógio que conte o número de passos dados. Existem

Material com direitos autorais

image not available

and Investigative Medicine, v. 30, n. 3, pp. 108-13, jun. 2007. Disponível em: <https://cimonline.ca/index.php/cim/article/view/1078>. Acesso em: 28 jan. 2021. (Adaptado.)

Foi com base nessas descobertas que desenvolvi para meus pacientes o "desafio dos 10 mil passos por dia". O propósito é encorajar o paciente a alcançar um nível melhor de saúde em três meses. O foco inicial é sair do sedentarismo por apenas três meses; é um tempo suficiente para transformar um esforço em rotina e ajudar a pessoa a sentir os resultados na própria saúde. Um estudo carinhosamente denominado *Happy Feet* dedicou-se a avaliar as alterações psicológicas identificadas nos pacientes após um desafio de cem dias para alcançarem os 10 mil passos diários. Os pesquisadores descobriram que esse é o tempo necessário para reduzir sintomas de depressão e ansiedade e aumentar a percepção de felicidade e prazer por intermédio do aumento da qualidade de vida.[6]

Em outro estudo realizado com adultos com sobrepeso, o desafio dos 10 mil passos foi estendido por 36 semanas, mas, na avaliação da vigésima semana, os principais efeitos já haviam sido sentidos, com perda média de peso de dois quilos, além de melhora do colesterol e dos triglicérides, com uma medida simples: baixar um aplicativo do celular ou, idealmente, comprar um relógio simples para contar o número de passos por dia, como mencionado anteriormente.

Com pequenas modificações nos seus hábitos, você começa a ver melhoras expressivas nos índices do seu

Material com direitos autorais

image not available

ainda deve supervisionar os alunos do quinto e do sexto anos de medicina. Enfim, é preciso cumprir uma escala de supervisões até chegar ao cargo de chefe: inicia-se como aluno, passa-se a residente, a médico assistente e a chefe do departamento. São etapas necessárias para que os mais jovens aprendam a lidar com a alma humana doente, em seu instante de maior fragilidade.

Foi nos meus anos de internato e residência que a doença resultante dos maus hábitos que cultivei marcou meu corpo com sobrepeso e outras alterações. Meu peso aumentou demais, e os exames de sangue se alteraram rapidamente. Mas o ponto que quero destacar é que a doença que contraí se instala lenta e sorrateiramente. Pior: eu não me via como uma pessoa obesa, apesar de todos os exames e o peso comprovarem o que acontecia a cada nova compra de roupas: aumento ano a ano do número da calça.

Durante o segundo ano de residência, no estágio de nefrologia, imediatamente antes de toda a mudança acontecer, eu estava no ambulatório de hipertensão arterial. Chamei uma jovem senhora de aproximadamente quarenta anos de idade, com quadro clínico estável do ponto de vista da hipertensão e da doença renal. Porém, ela estava muito fragilizada emocionalmente, com a autoestima baixa em função de um quadro de obesidade que complicava outros índices, como diabetes e hipertensão. Ela trabalhava em casa, cuidava dos filhos e do lar, contudo se mostrava muito ansiosa e dizia cozinhar muito bem. Essa combinação de fatores era extremamente prejudicial para a saúde dela.

Material com direitos autorais

image not available

se perguntou sobre drogas disponíveis em ambiente cirúrgico. Desses médicos, 68% revelaram que o acesso a psicotrópicos é fácil, 60% opinaram que médicos são mais suscetíveis à dependência química e 88% consideravam difícil a procura por ajuda especializada, fosse pelo acesso não facilitado a serviços especializados, fosse por resistência do profissional. Em outras palavras, quase a metade dos colegas médicos entrevistados conhecia um profissional viciado nas medicações disponíveis no hospital, via de regra no centro cirúrgico, na UTI ou na sala de emergência.

Esse mesmo grupo da Unifesp publicou quatro anos mais tarde uma avaliação do perfil dos médicos anestesistas que frequentavam um ambulatório de dependência química desenvolvido exclusivamente para médicos.[3] O resultado obtido demonstrou que 35% dos entrevistados tinham problema com álcool, 35% tinham problemas com benzodiazepínicos (medicação calmante forte usada para transtornos psiquiátricos, crises de ansiedade ou anestesia), 60% usavam opioides (medicação derivada da morfina usada em centro cirúrgico para anestesia), 10% faziam uso de maconha, 10% de anfetaminas e 6% de outras drogas. Ou seja, o perfil de dependência desses profissionais, completamente diferente do da média da população, é alarmante.

A conclusão que se pode tirar desse quadro é de que a forma de vida de um médico é tão patogênica, tão capaz de induzir doença, quanto a de qualquer pessoa em situação semelhante. É por isso que os dados entre médicos são tão relevantes: eles podem ser aplicados a

Material com direitos autorais

image not available

acelerador. Embora aos 24 anos de idade estejamos no auge do vigor físico, o corpo exige respeito. E foi o que fiz: naquele mês de dezembro dei uma grande manifestação de respeito ao meu corpo e diminuí a carga de plantões, já que em fevereiro do ano seguinte começaria a residência médica, o que, com efeito, exigiria muito do meu corpo.

Infelizmente, caro leitor, essa história que contei aqui não é incomum. Grande parcela dos profissionais médicos assume mais responsabilidades do que deveria e começa a pagar o preço. A primeira a cobrá-lo é a saúde emocional.

A conjunção dos sintomas que descrevi aqui vem sendo chamada de crise do autocuidado médico. A classe médica tem um nível de autocuidado baixo, por isso seus profissionais aos poucos são acometidos por doenças relacionadas ao comportamento. A cada dia fazemos uma nova escolha errada: um dia abrimos mão da atividade física pelo vestibular, depois da alimentação saudável por conta das provas, depois do sono pelos plantões, que são obrigatórios. Mais tarde, quando não há mais essa obrigatoriedade, parece que, ainda assim, seríamos médicos menores ou com menos valor se não dedicássemos boas madrugadas aos pacientes. O problema é emendar as madrugadas nas manhãs e ficar quase dois dias sem dormir! Como alguém pode prestar o melhor atendimento nessa condição?

Reiterando, a sobrecarga de trabalho e o estresse levam ao abandono do autocuidado. É notável que dia a dia, decisão após decisão, o profissional que escolheu salvar

Material com direitos autorais